

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ БОЛЬНОЙ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ (ВОПРОСЫ ФОРМАЛИЗОВАННОЙ МОДЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ, СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ)

Афанасьева А.В., Аксенфельд Р.Г.

*Дорожная клиническая больница СЖД, г.Ярославль,
Лечебно-диагностический психосоматический центр, Россия*

В России, как и в большинстве стран Западной Европы, психотерапия традиционно относится к арсеналу медицинских методов лечения. На вопрос о том, может ли психотерапия помочь при соматических заболеваниях, 78% опрошенных в Германии дают положительный ответ, 15% говорят о некоторых предпосылках и ограничениях и только 6% - твердо отвечают «нет» [2]. Можно предполагать несколько иное процентное соотношение ответов, применительно к отечественной системе здравоохранения, но невозможно оспорить, что год от года удельный вес психосоматической медицины и психотерапии в целом увеличивается.

В настоящий момент времени в отечественной медицине сосуществуют два основных взгляда на тот круг нарушений, который должен являться предметом психосоматики [4].

Одна из точек зрения, разделяемая Александером и Дамбер, состоит в том, что все болезни должны рассматриваться с позиций психосоматического единства. По данным Дамбер 65% всех больных беспокоят расстройства, связанные с психологическими проблемами. Сторонники другой точки зрения полагают, что существуют собственно психосоматические болезни, при которых телесно-органные дисфункции сочетаются с психопатологией. Однако, в рамках данной концепции нет пока единства по поводу конкретных форм патологии (органические, функциональные психосоматозы и те, которые достоверно нельзя отнести ни к одним, ни к другим). По мнению ряда авторов [4] такие больные составляют не менее 30% контингента лечебных заведений соматического профиля.

Таким образом, в настоящий момент времени, в отечественном здравоохранении значительно больше сторонников психосоматической медицины, нежели противников.

Теперь хотелось бы остановиться на том, кто же является собственно «психосоматическим» пациентом и в чем состоит арсенал специалиста, работающего с ним.

Контингент, обращающийся за помощью в поликлинику, имеет, в первую очередь, выраженные в большей или меньшей степени сома-

тические нарушения. Этиология этих нарушений различна: от органической и сочетанной до собственно психогенной. Различны и нозологии, в рамках которых проявились соматические нарушения.

В связи с этим, на первом этапе работы с пациентом стоит задача дифференциальной диагностики того соматического нарушения, которое привело данного пациента на прием к врачу.

Осуществляется подобного рода диагностика с привлечением следующих специалистов: психотерапевта (с базовыми навыками психиатрической диагностики), психолога (медицинская специализация) и, в случае необходимости, консультативно приглашаются врачи узких специальностей.

Базой для дифференциальной диагностики являются:

1. Необходимый минимум медицинских обследований для исключения органической соматической патологии.

2. Консультация психиатра на предмет исключения эндогенных психических расстройств и психотических состояний, возникающих в результате органических заболеваний.

3. Консультация психолога, психологическое тестирование и, в случае необходимости, психопсихологическое обследование.

4. Клиническое психотерапевтическое интервью.

На основе полученных совокупных данных определяется контингент больных, которым показано лечение в психосоматическом центре.

В соответствии с вышеизложенным, психосоматические заболевания делятся на следующие нозологические группы [4]:

1. Ситуационные реакции невротического уровня с выраженной вегетативной симптоматикой, дезадаптивным поведением и преходящими нарушениями внутренних органов.

2. Органические психосоматозы с вторичными изменениями в личностной сфере и выраженными психопатологическими синдромами. «Великолепная семерка» в клинике внутренних болезней - гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, бронхиальная астма, гипертиреоз – в генезе и развитии этих заболеваний психогенные факторы играют ведущую роль.

3. Функциональные психосоматозы или «системные органоневрозы» или «соматоформные расстройства» - обратимые расстройства внутренних органов с выраженными вегетативными нарушениями, с имеющим место внутриличностным конфликтом и психопатологическими изменениями.

4. Соматизированные или маскированные депрессии, нуждающиеся в зависимости от степени выраженности в лечении у психотерапевта или психиатра.

К сожалению, данная схема диагностики являет собой идеальную модель, осуществить которую на практике не всегда представляется возможным, чаще всего из-за отсутствия тесных интегративных связей между врачами разных специальностей и низкого уровня информированности докторов в вопросах психосоматической медицины.

На практике же основной поток психосоматических больных придется на врача общей практики. Решая дифференциально-диагностические задачи этот специалист должен будет получить некоторый клинический материал, чтобы разобраться, что за пациент перед ним. Для этого врачу нужно ориентироваться в вопросах психосоматической медицины и иметь некоторые навыки неспецифической психотерапевтической коррекции.

Ответственность специалиста усиливает также отношение психосоматического пациента к своему заболеванию: до 50% амбулаторных больных обращаются к врачу ориентируясь на отдельный симптом, строя представление о своей болезни как о чисто телесной и предпочитая получать терапию по ней, игнорируя соображения о том, что психоэмоциональные и личностные проблемы играют не последнюю роль в возникновении и развитии их заболевания.

По нашему замыслу, авторами формализованной модели первичной диагностики психосоматического заболевания стали психотерапевты психосоматического центра, развернутого на базе дорожной клинической больницы.

Каждый работник центра был проинтервьюирован на предмет выделения, экспликации особенностей, свойственных психосоматическому пациенту. При этом мы стремились минимально структурировать беседу, оговаривая заранее, что выделяемые особенности должны. Если и специалист будет исходить из недооценки степени важности вышеперечисленных факторов, может пройти довольно много времени, прежде чем пациент будет правильно расценен как психосоматический.

Отвечая на вопрос о том, кто же является собственно психосоматическим пациентом, мы пришли к следующей гипотезе: в самом широком смысле слова это тот пациент, который «болеет от проблем». В зарубежном и отечественном руководствах по диагностике в главе «психологические факторы, влияющие на физическое состояние» перечислены критерии последних. Сам факт наличия этих факторов и их соответствие выделенным критериям подчас бывает крайне сложно подтвердить эмпирически, так как психосоматический больной, и в этом его особенность, вовсе не усматривает связи между своим телесным состоянием и некими психологическими факторами. Именно поэтому на практике, реально, специалист, диагностируя больного, решает задачу со многими неизвестными. В ходе нашего

исследования мы задались вопросом, можно ли, хотя бы отчасти, формализовать этот процесс, повысив тем самым эффективность работы специалиста-практика и снизив цену диагностической ошибки.

Как выяснилось, у отечественных клиницистов есть опасения относительно того, что формализованные модели диагностики снизят их естественную сензитивность. Опыт работы западных специалистов, которые пользуются подобными методами десятилетия (3), позволяет надеяться, что это предубеждение со временем будет преодолено, а формализованные модели первичной диагностики предложат клиницистам необходимый им общий язык и концептуальное поле для формулировок, во-первых, нести диагностическую информацию, во-вторых, быть присущими всем психосоматическим больным, вне зависимости от нозологической принадлежности. Также оговаривалось, что выделяемые параметры могут быть самого различного порядка, различной степени глубины и сложности и относиться к различным аспектам – медицинским, деонтологическим, психологическим.

В результате получился обширный качественный эмпирический материал, с которым мы пытались работать в следующих направлениях:

1. Описательная часть материала обрабатывалась через выделение наиболее частотных ключевых слов, устранение синонимических лексем. Далее, группой специалистов проводилась независимая, по произвольному логическому основанию, сортировка выделенных лексем-понятий с разбиением общего ряда на группы, объединенные тем или иным признаком общности, с последующей кластеризацией и интерпретацией. Вышеописанные процедуры позволили нам составить «портрет» психосоматического больного, включающий особенности его жалоб, поведения, особенностей характера, анамнеза, лечебной мотивации и стратегии взаимодействия со специалистами в ходе лечения.

2. Структурируя материал по рубрикам, выделяя отдельные «диагностические блоки», мы предположили, что каждый блок будет иметь определенную и отличную от других диагностическую ценность и ее можно количественно определить процедурой частотного анализа.

3. Мы обратили внимание также на то обстоятельство, что каждый специалист, в разной степени, отразил особенности понимания и интерпретации психосоматического больного, присущие только ему и отличающиеся «авторским» своеобразием. Это вывело нас к исследованию индивидуализированных систем профессионального субъективного опыта, индивидуальных психотерапевтических концепций, что, впрочем, выходит за рамки данной публикации.

Что же касается «портретной части» описания психосоматического больного, то выводы вкратце таковы: жалобы зачастую противоречивы, атипичны, не алгоритмизируются в комплекс симптом-синдром-нозология; основная стратегия пациента – на сдерживание эмоций, он закрыт во всем, что касается чувств и ощущений; имеет высокий уровень притязаний в социальной сфере и крайне тяжело переживает неудачи; он нормативен и рационален в социальных отношениях; в семейной истории есть упоминания о психосоматическом способе реагирования на жизненные трудности.

Мотивация на обсуждение и осознание психологических причин, приведших к соматическому симптому, является основной задачей взаимодействия на амбулаторном приеме с психосоматическим больным. Большинство психосоматических пациентов на начальных стадиях терапии хотят получить подтверждение того, что они «действительно больны». Может пройти довольно много времени, прежде чем они позволят специалисту найти место психотерапии в их жизни как фактора, который способен что-то изменить.

Пациент сам должен выбрать темп работы с терапевтом для построения новой концепции болезни. Если врач интенсифицирует терапию, «обгоняет» пациента, пытается его «уличить» – высока вероятность того, что пациент сменит доктора. Право выбора конечной цели терапии и постановки актуальных текущих задач стоит делегировать больному с тем, чтобы ситуация изначального силового неравенства между ним и терапевтом была нивелирована. Все вышеперечисленное, а также адекватное и справедливое разделение ответственности за успехи-неудачи в процессе лечения, совместный контроль за взаимодействием оговариваются между врачом и пациентом в психотерапевтическом контракте.

Мы пришли к выводу, что, затратив больше времени на начальном этапе психотерапии, можно существенно повысить результативность работы. Пациент обучается самостоятельно формулировать задачи, цели и выбирать способы их решения (можно и дальше реагировать симптомом на проблему, а можно попытаться ее преодолеть).

В ходе всего исследования мы пытались учитывать собственное влияние на него и на настоящий момент времени готовы прибегнуть к верификации полученных результатов с тем, чтобы познать их подлинный масштаб, степень и пределы достоверности.

Литература:

1. Калмыкова Е.С. Исследование индивидуального сознания методом контент-анализа.// Психологический журнал, том 15, №3, 1994, С. 28 – 40.
2. Хентшель Уве Социальное взаимодействие в психотерапии: понятие терапевтического альянса.// Иностранная психология, №6, 1996, С. 9 – 18.

3. Ховард Кеннет, Люгес Роберт, Мэйлинг Майкл, Мартинович Лоран Фазовая модель психотерапевтического действия.// Иностранная психология, № 7, 1996, С. 39
4. Хохлов Л.К., Хохлов А.Л., Горохов В.И. Психосоматические расстройства: место в современной классификации болезней, принципы диагностики, ведения больных. - Ярославль, 1996.